

Rezept

Arztdaten (Praxisstempel)	
Vorname / Name	Tel.
Praxis / Klinik	ZSR / GLN Nr.
Strasse / Nr.	Fax
PLZ / Ort	E-Mail
Patientendaten (Patientenetikette)	
Patientensprache ☐ D ☐ F ☐ I	
Vorname / Name	Tel.
Strasse / Nr.	Krankenkasse
PLZ / Ort	Vers.-Nr.
Geburtsdatum	E-Mail

☐ Tysabri® Fertigspritzen Inj Lös 150 mg / ml (2 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Tysabri® Inf Konz 300 mg / 15 ml (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ 100 ml NaCl 0.9% inkl. Besteck (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ 250 ml NaCl 0.9% (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ EXADROP Präzisions Tropfenregler 150 cm (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen
☐ Infusionsset Promedical (1 Stk)	_____ Anzahl Packungen

Dosierung _____

Rezept-Gültigkeit ☐ Einzelrezept ☐ Dauerrezept _____ Monate ☐ Repetitionen _____

Kostengutsprache ☐ Wurde bereits eingeholt (bitte Kopie mitsenden)

Home Care Service Die Ärztin/der Arzt wünscht eine Injektions- oder Infusionsdurchführung durch das MediService Pflegefachperson: ☐ Ja ☐ Nein

Lieferadresse	☐ obige Patientenadresse	☐ obige Arztadresse
	☐ andere Lieferadresse (CH)	☐ Spitalapotheke

Falls ein bestimmtes Lieferdatum gewünscht ist, bitte angeben. Lieferung am: _____

Wichtig Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die Patientin/der Patient der Rezeptübermittlung, Therapiebegleitung sowie dem Bezug über MediService zugestimmt hat und dass die Angaben der Ärztin/des Arztes (ohne Patientennamen) zu statistischen Zwecken sowie im Falle von unerwünschten Ereignissen an den Medikamentenhersteller übermittelt werden können.	Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Haben Sie das Rezept unterschrieben? Bitte das Rezept an contact@mediservice.ch oder via Fax an 032 686 20 30 senden.	Datum, Stempel / Unterschrift

02375

© MediService AG / Version: 15ANDPHC11DF_e